Aus der Medizin. Klinik des Herrn Geheimrat Goldscheider.

Lane Medical Library

Zur Genese hysterischer Anfälle bei einem neunjährigen Knaben.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

AN DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

BERLIN

VON

KARL DESSECKER

AUS HEILBRONN a. N.

Tag der Promotion: 27 November 1914.

BERLIN 1914

DRUCK VON CARL SIEBERT'S BUCHDRUCKEREI, ELSASSERSTR. 54

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medicinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His.

Dem Andenken meines lieben Vaters,
meiner guten Mutter.

Trotz aller modernen diagnostischen Hilfsmittel unserer Zeit bleibt immer noch das wichtigste und ausschlaggebendste Moment in der Erkennung von Krankheiten die klinische, vorurteilsfreie, nüchterne Beobachtung und Verwertung der Krankheitszeichen. Beobachtet man so unbefangen die Symptome der Hysterie, so erkennt man deutlich den Eindruck des Gewollten sowohl in den Symptomen selbst, als im Kranksein überhaupt. Diese Symptome sind demnach keine unwillkürlichen Aeußerungen des Körpers, daher auch der gänzlich negative pathologisch-anatomische Befund, sondern sie müssen psychogen bedingt sein. Diese Psychogenese der hysterischen Krankheitserscheinungen ist auch heute in jeder der so zahlreichen Definitionen und Theorien über Hysterie enthalten, mögen sie im übrigen auch noch so stark differieren. Beim normalen Menschen werden die Triebfedern des Denkens und Handelns dargestellt durch Vorstellungen, hier im Sinne der Erkenntnistheorie gebraucht, und durch Affekte, d. h. durch Lust- und Unlustgefühle. Die Vorstellungen werden geordnet, ihr Inhalt wird durch Kategorieen zu Urteilen geformt, aus deren Summe sich die Ideen als die Richtungslinien ergeben, nach denen das menschliche Tun und Denken selbstbewußt

sich lenkt. Beim hysterischen Menschen zeigen sich nun folgende Abweichungen vom normalen Gange der psychischen Tätigkeit:

1. Wie Oppenheim betont, betreffen die Anomalien in erster Linie die affektive Sphäre: „Es besteht ein Mißverhältnis zwischen der Intensität der Reize und der Stärke der Gefühlsreaktion, meist in dem Sinne, daß die Gemütserregbarkeit gesteigert, die Reizschwelle herabgedrückt ist. Dazu kommt die Inkonsequenz, der unberechenbare Charakter der Reaktion, indem ein und derselbe Reiz die Gemütssphäre völlig unbeeinflußt lassen und mächtige auch qualitativ wechselnde Gemütsbewegungen und Affektentladungen auslösen kann. Auch inbezug auf die Dauer und Beständigkeit der Gefühlserregungen machen sich Störungen bemerklich. Das Tun und Handeln der Hysterischen muß also sehr launenhaft sein, da die Richtungslinien nun durch Lust- und Unlustgefühle, welche qualitativ und quantitativ pathologisch verändert sind, gebildet werden:

„Ataxie morale“ nach Huchard.

Das ganze Denken steht unter der Herrschaft dieser pathologischen Gefühle, woraus sich die häufige Sinn- und Maßlosigkeit seines Inhalts leicht erklärt. Aus der Labilität des Vorstellungslebens ergibt sich auch die erhöhte Suggestibilität des hysterischen Charakters. Die Suggestionen wirken übrigens bei den Hysterischen nur durch den in ihnen enthaltenen oder sie begleitenden Affekt. Daß Gefühle, welche sich so ungehemmt dem Menschen aufzwängen, meist egoistischer Art sind, ist in der Natur des Menschen begründet. Der hysterische Charakter ist ein krasser Egoist. Die Gefühle oder die gefühlsbetonten Vorstellungen brauchen gar nicht bewußt

zu werden, sie können, wie Breuer und Freud gezeigt haben, im Unterbewußtsein latent in der Seele fortwirken, die Stimmungslage beeinflussen und eine Konversion der Affektbewegung in körperliche Phaenomene bedingen, soweit das psychische Trauma nicht zu einer die Seele entlastenden Affektentladung geführt hat: „Eingeklemmter Affekt". Mit der Konversion der Affekterregung in körperliche Phaenomene wurde schon die zweite Abnormität der Psyche des hysterischen Menschen berührt, nämlich

2. die erhöhte psychophysische Reaktion oder die Disproportionalität zwischen den psychischen Erlebnissen und den zugehörigen psychophysischen Erscheinungen, bald im Sinne der Bahnung, bald im Sinne der Hemmung. Dieser Faktor wurde besonders in der Theorie von Binswanger betont. Hier handelt es sich also hauptsächlich um Umsetzungen von Vorstellungen samt ihren Gefühlstönen in körperliche Phänomene, die sich als motorische, sensible und sensorische, vasomotorische oder sekretorische Reaktionen präsentieren können, also eine „Psychogenia stigmatica" im Gegensatze zur Psychogenie ohne körperliche Symptome, der reinen Psychogenie.

Diese letztere Form allein ist deshalb so schwer als echte Krankheit scharf abzugrenzen, da sie sich eben von den meisten Menschen nur durch die intensivere Gemütserregbarkeit, also lediglich quantitativ unterscheidet. Der jugendliche und der nicht weiter entwickelte Mensch hat bei seinem Tun und Handeln in den Gefühlen die stärkere Komponente, beim reifen Menschen ist das Gefühlsleben intellektuell geklärt, er beherrscht seine Gefühle. So wurde die einseitige

Theorie von Schnyder in seiner Définition et nature de l'hystérie aufgestellt: „Die Hysterie ist eine Evolutionskrankheit der menschlichen Psyche. In ihrer reinen Form ist sie die Krankheit der Jugendlichen und der früheren Entwicklungsstufe des Menschengeschlechts". Es ist hier eben der Fehler gemacht worden, daß normaliter bei weniger intellektuell ausgebildeten Menschen die Gefühle vikariierend eintreten. Man kann also von Hysterie nur dann sprechen, wenn die Gefühlskomponente im Verhältnis zur intellektuellen Ausbildung zu stark ist und zwar den Grad erreicht, daß das Vorstellungsleben des Menschen gänzlich unter ihrer Herrschaft steht. Daher wird die Gefühlskomponente dargestellt durch die Gesamtheit der möglichen Gefühlsreaktionen auf Reize und Vorstellungen (innere Reize) und nicht durch die extreme Herrschaft eines bestimmten Gefühls, da man dann nur von einer Leidenschaft bezw. von einem Laster sprechen könnte. Durch diese Schwierigkeit der Abgrenzung dieser reinen Psychogenese, verbunden mit der großen Rolle, welche die Anfangsform im menschlichen Leben spielt, ist das Wort Hysterie für den Arzt auch praktisch unbrauchbar geworden, da der Laie unter hysterisch eben die „unangenehme Frauensperson" versteht. Meistens steckt dahinter weiter nichts, als das Produkt einer schlechten oder gar keiner Erziehung. Solche Personen gehören also gar nicht dem Arzt, sondern dem Erzieher zugewiesen.

Nach dieser kurzen Einleitung wende ich mich nun zum Vorkommen von Hysterie im Kindesalter in besonderem.

Charcot bezeichnet als Kinderhysterie die Kinderkreuzzüge, die Sage vom Rattenfänger von Hameln, die

Chorea magna Germanorum Der älteste Autor aber, der erkannte, daß die kindliche Hysterie nicht so ganz selten ist, war nach Gilles de la Tourette Carolus Lepois 1617. Später werden diese Beobachtungen weiter fortgeführt von Hoffmann 1733 und von Raulin 1759. Daß die Hysterie überhaupt nicht nur beim weiblichen Geschlecht, sondern auch beim männlichen vorkommt, haben hauptsächlich Galen und später Sydenham 1757 nachgewiesen, besonders Briquet 1859 war es aber vorbehalten, mit der alten Anschauung definitiv zu brechen, daß nämlich 1. die Hysterie nur beim Weibe vorkommen könne und 2., daß sie mit dem Geschlechtsleben des Weibes zusammenhänge, also nicht im jugendlichen Alter in Erscheinung treten könne. Er berechnete 20% der gesamten Hysterie zu der vor dem 12. Lebensjahre. Er stützte sich dabei hauptsächlich auf die Angaben von Paris, Cloppart, Goldspiegel, Schäfer, Jolly, Smidt, Fürstner, Seeligmüller in den 70er und 80er Jahren vorigen Jahrhunderts, Bruns findet dasselbe Verhältnis. Im frühesten Kindesalter kommt die Hysterie gleich häufig bei Mädchen wie bei Knaben vor, nach der Pubertät hin wird sie dann allmählich bei Mädchen häufiger. Bis zum 9. Jahre werden 45% der Gesamtfälle bei Knaben, 55% bei Mädchen beobachtet. Nach der Pubertätszeit ist das Verhältnis 1 zu 10 oder 1 zu 6 nach den neueren Erfahrungen Nach Gilles de la Tourette und Pitres wird sogar das Verhältnis 1 zu 2 angegeben. Eine interessante Statistik gibt Kraepelin in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 18, 1913 an:

Altersgliederung für den Beginn der Erkrankung:

Bis	5	Jahre 3%
„	10	„ 7,2%
„	15	„ 24,4%
„	20	„ 38,0%
„	25	„ 14,9%
„	30	„ 7,4%
„	35	„ 2,8%
„	40	„ 1,6%
„	45	„ 0,7%

Also rund $^3/_4$ aller Fälle von Hysterie zeigen die ersten Symptome zwischen dem 10. und dem 25. Lebensjahr, was mit der allgemeinen Erfahrung übereinstimmt. Das früheste bei Hysterie zugängliche Lebensalter wird nach den neueren Forschungen der Pädiater immer weiter rückwärts gerückt, denn neuropathische Säuglinge zeigen in der Tat den hysterischen sehr ähnliche Mechanismen. So ist der Mechanismus des Pawlow'schen Bedingungsreflexes kein anderer als eben der der Hysterie. Ich werde später noch einmal darauf zurückkommen, daß das sogenannte Wegbleiben der Kinder, das im Säuglingsalter schon vorkommt, von bekannten Pädiatern wie Czerny und Ibrahim durch den Pawlow'schen Bedingungsreflex erklärt wird. Nach Ablauf des Säuglingsalters wurde die Hysterie in den ersten Lebensjahren gar nicht so selten beobachtet. Die beiden jüngsten Fälle von Bruns standen im 3. Lebensjahr. Oppenheim und Thiemich haben einzelne Fälle im 2. Lebensjahr gesehen. Häufiger berichten französische Autoren wie Bézy et Bibent, Chaumier und Ridaut von „Hystérie avant l'âge de deux ans". Jedenfalls ist am häufigsten die Kinderhysterie zwischen dem 7. Jahre

und der Pubertät. Was die Ursache der kindlichen Hysterie anbetrifft, so wird von sämtlichen Autoren als Hauptsache die erbliche nervöse Belastung übereinstimmend angegeben. Namentlich handelt es sich hier oft um direkte homologe Vererbung: „Hysterische Eltern haben hysterische Kinder". Die Prädisposition kann aber auch von Aszendenten, die an anderweitigen Erkrankungen des Geistes oder der Nerven litten, ererbt werden. Die Belastung von mütterlicher Seite ist die schwerwiegendste, da die Mutter meistens die Erziehung der Kinder in der Hand hat. Ist doch die Erziehung nichts anderes als eine systematisch durchgeführte Beeinflussung durch Suggestion. Die leichte Empfänglichkeit des kindlichen Gemütes für die gefühlsbetonten Erlebnisse und der starke Nachahmungstrieb im kindlichen Alter erklären leicht die schwere Schädigung, welche Beispiel und überhaupt jedes schlechte Milieu hervorrufen können. Als auslösende Ursachen kommen dann noch psychische Traumata, hauptsächlich Schreck und Furcht in Betracht. Jedes stärkere körperliche Trauma ist gleichzeitig auch ein psychisches und zwar um so stärker wirkend, je stärker die endogene Disposition zur Hysterie.

Vergleicht man die Hysterie der Kinder mit der der Erwachsenen, so lassen sich leicht charakteristische Eigentümlichkeiten der ersteren erkennen, deren Wesen in der Eigenart der kindlichen Entwicklung begründet ist. Erst mit fortschreitender Erziehung bilden sich beim Kinde die nötigen Hemmungen aus und so kommt es, daß schon normaliter bei ihm die Affekte nicht so beherrscht werden, wie beim Erwachsenen. Die Kinder überlassen sich willenlos ihren Trieben und Gelüsten.

Auch sind die Kinder sehr impulsiv, da jeder auftauchende Gedanke infolge der mangelnden Hemmungen sofort in die Tat umgesetzt wird. Dazu kommt noch der natürliche Egoismus, die lebhafte Phantasie und die gesteigerte Einbildungskraft als spezifische Eigenschaften des Kindes. Aus dieser natürlichen Einfachheit, dem unkomplizierten Vorstellungsleben des Kindes und dem Vorherrschen eines qualitativ einfachen, doch quantitativ gesteigerten Affektes ergibt sich die „Hystérie massive" und deren monosymptomatische Form. Monosymptomatisch ist hier in dem Sinn zu verstehen, daß wohl stets ein Symptom in der Hauptsache vorhanden, daß die Symptome aber zeitlich ihrer Art nach sich ändern können. Die große Rolle, welche Fremd- und Autosuggestion beim Kinde spielen, ist schon oben betont worden. Sie bilden auch die Grundlage beim Persistieren von Krankheitserscheinungen, nachdem diese schon längst organisch geheilt sind, und bei sämtlichen Imitationen, welche entsprechend dem starken Nachahmungstrieb des Kindes besonders häufig auftreten. Aus all diesen Gründen findet man als häufigste Form der Kinderhysterie in erster Linie Lähmungen, meist monoplegischen Charakters, ferner Astasie, Abasie, Mutismus, Aphonie; von Krämpfen sind wieder am häufigsten die Kontrakturen. Dann kommen die Respirationskrämpfe und als selten allgemeine Krämpfe. Nach Béy und Bibent sind die allgemeinen hysterischen Krampfanfälle recht selten. Denselben Standpunkt vertrat früher auch Bruns, während er jetzt solche Krampfanfälle häufiger beobachtet hat. Immerhin hat er solche nur bei Kindern beobachtet, die nahe am Pubertätsalter standen. Das „grand mal hystérique" der Charcot-

schen Beschreibung hat Bruns bei 12- bis 13jährigen Mädchen beobachtet. Die meisten Kinder waren 13 Jahre und älter. Cramer erwähnt einen Fall im Alter von 13 Jahren und einen im Alter von 14 Jahren. So dürfte das Vorkommen eines ausgesprochenen großen hysterischen Krampfanfalles, der sogenannten „grande hystérie" bei einem 9jährigen Kinde zu den selteneren Fällen gehören. Auch nach anderen Richtungen hin bietet dieser sofort zu schildernde Fall interessante Punkte, die aber erst nach seiner Beschreibung aufgeführt werden sollen.

Anamnese.

Der Vater, von Beruf Kgl. Bahnmeister, stammt aus gesunder Familie. Die Eltern des Vaters wurden 70 und 72 Jahre alt; als Todesursache wurde Gehirnschlag und Magenkrebs angegeben. Der Vater selbst ist sehr nervös Diese Nervosität soll sich aber erst infolge seines anstrengenden und aufregenden Berufes entwickelt haben.

Die Eltern der Mutter wurden beide 67 Jahre alt. Der Großvater starb an Lungenschwindsucht, die Großmutter an Diabetes. Letztere soll etwas nervös gewesen sein. Die Mutter war schon als Mädchen sehr nervös. Krämpfe hat sie nie gehabt. Von ihrem 20. Lebensjahre an litt sie an eigenartigen Anfällen, welche anfangs sehr gehäuft aufeinanderfolgten bis zu 8 Anfällen am Tage, später nur noch vereinzelt auftraten und jetzt allmählich gänzlich geschwunden sind. Die Anfälle schildert sie folgendermaßen:

„Die Anfälle kommen hauptsächlich am Abend, wenn ich allein bin. Es ist mir dann, wie wenn jemand mir das Gehirn festklemme. In meinem Kopfe

fängt es an zu arbeiten, so daß mir der Schweiß auf die Stirne tritt. Ich kann nicht sprechen, auch ist es mir ganz unmöglich, irgend ein Glied zu bewegen. Ich liege wie gelähmt da. Dabei bin ich bei vollem Bewußtsein und weiß genau, was um mich her vorgeht. Nach einigen Minuten ist alles vorbei. Früher kamen die Anfälle ganz von allein, so daß ich es nie wagte, ohne Begleitung auszugehen. In letzter Zeit sind sie weggeblieben und vorher bekam ich sie nur, wenn ich mich aufregen mußte, während früher sofort der Anfall eintrat, wenn ich nur an ihn dachte." Außerdem leidet die Mutter auch jetzt noch sehr an Schlaflosigkeit und steht beständig unter Zwangsvorstellungen, die besonders stark während den Schwangerschaften auftraten. Sie fürchtet sich vor spitzen Gegenständen. Öfters hatte sie beim Anblick eines großen Messers den Gedanken, wie wäre es, wenn ich dem hilflosen Kinde im Kinderwagen den Hals damit durchschnitte. Sie erschrak dann selbst über diese grässlichen Vorstellungen. Bei einem herannahenden Zuge konnte sie den Gedanken nicht los werden, sie müsse sich darunter stürzen. Ebenso leidet sie an Pyrophobie. Sie hat ferner Angst, am offenen Fenster zu stehen, da sie meint, sie müsse sich hinausstürzen. Diese Zwangsvorstellungen treten jetzt seltener und nicht mehr so heftig auf. Auch lebte sie früher in der festen Überzeugung, daß sie einmal unbedingt irrsinnig werden würde.

Die Frau hat vier lebende Kinder. Ein Kind starb mit $1^1/_2$ Jahren an Krämpfen.

Von den 3 Schwestern unseres Kranken ist die jüngste 5 Jahre alt. Diese ist nicht nervös und hat auch nie an Krämpfen gelitten.

Die Else, 12 Jahre alt, ist sehr eigensinnig und von großer Ängstlichkeit. Im Alter von 6 Monaten bekam sie bereits Krämpfe. Das Gesicht wurde blau dabei, es trat Schaum vor den Mund, sie verdrehte die Augen und zitterte mit dem ganzen Körper. Diese Krampfanfälle hörten auf, wenn man dem Kinde Wasser ins Gesicht spritzte. Sie traten auf, wenn das Kind erschrak, am meisten aber, wenn sie ihren Willen nicht bekam. Mit dem 4. Lebensjahr verschwanden die Anfälle, da sie jetzt immer eine Tracht Prügel zur Folge hatten. Bis heute ist nie mehr ein Anfall eingetreten.

Die älteste Tochter Dorothea ist 16 Jahre alt. Sie hatte mit $^3/_4$ Jahren einen gleichen Anfall wie ihre Schwester. Bei diesem einzigen Anfall ist es geblieben. Für ihr Alter ist sie sehr begabt und intelligent, körperlich dagegen sehr unentwickelt. Sie ist auffallend klein geblieben und ist noch nicht menstruiert.

Geisteskrankheiten oder Suicid sind in der Verwandtschaft nicht vorgekommen. Von den 4 Geschwistern das 3. Kind ist der Ernst B., 9 Jahre alt. Er hat rechtzeitig laufen und sprechen gelernt und keine Zahnkrämpfe gehabt. Patient hat keine englische Krankheit gehabt. Er soll skrofulös gewesen sein und hatte viel Hautausschläge gehabt. Von Kinderkrankheiten hat er Masern, Diphterie und Keuchhusten durchgemacht. Mit 4 Jahren erkrankte er an Lungenentzündung, die sich seither 7—8 mal wiederholte.

Der Junge ist äußerst lebhaft und sehr aufgeregt. Er ist immer der erste in der Schule. Er hat immer viel Knabenliteratur gelesen. Er war viel in freier Luft und spielte mit seinen Schulkameraden, unter denen er immer der Anführer war. Da er sehr aufgeweckt ist,

wurde er von Bekannten und Verwandten viel gelobt und angestaunt, sodaß er zu ehrgeizigen Plänen angestachelt wurde und er seine Person meist im Vordergrunde des Interesses wahrnahm. Der Erziehung bot er aber weiter keine Schwierigkeiten. Bis zu seiner jetzigen Erkrankung hat der Junge nie Krämpfe gehabt. Vor 3 Wochen, kurz vor Weihnachten, sah der Junge sehr bleich aus. Er klagte über Schmerzen in der Appendixgegend. Ein herbeigerufener Arzt verordnete Calomel, worauf die Schmerzen bald verschwanden. Am anderen Tage stellten sie sich aber wieder ein, und zwar an derselben Stelle, nur auf der entgegengesetzten Seite. Auf Calomel verschwanden sie wieder prompt. Am Tage vor dem Heiligen Abend klagte er nun über Schmerzen in der Herzgegend, die sich am Heiligen Abend so sehr steigerten, daß sofort ein Arzt gerufen wurde. Diesem klagte er, daß er nicht mehr Luft bekomme. Der Arzt verschrieb wieder Calomel und der Lufthunger und die Schmerzen waren darnach wie weggeblasen. Die folgenden 4 Tage war er sehr vergnügt und spielte am Abend des 5. Tages in einem Theaterstück, von Kindern aufgeführt, mit. Plötzlich schrie er während des Spiels nach Luft und fiel dabei um, ohne sich zu verletzen. Er ließ sich auch sofort von der Bühne wegführen und gab an, daß er dabei nicht recht sehen konnte. Er bekam an demselben Abend noch 4 Anfälle, schlief aber dann bis zum anderen Morgen ganz ruhig. An diesem Tage bekam er wieder einige solche Anfälle. Den darauf folgenden Tag nur noch einen und dann war er 14 Tage lang ganz gesund. Am Tage vor seiner Einlieferung klagte er morgens über Rückenschmerzen, sodaß er im Bett liegen blieb. Er

as fast den ganzen Tag und als am Abend die Mutter aus dem Zimmer gegangen war, riefen seine Geschwister: Ernst hat wieder einen Anfall. Der Patient sagt, wenn er den Anfall bekomme, bleibe ihm die Luft weg und deshalb sei er an diesem Abend aus dem Bett gesprungen. Als die Mutter dann hereinkam, sprengte sie ihm Wasser ins Gesicht. Der Junge sagte darauf: „Mutter, warum hast Du das getan, ich habe mich so erschreckt!“ Dabei fing er an, mit der einen Hand zu zucken, dann mit der anderen, dann mit beiden Armen und schließlich auch mit den Beinen. Dieser Anfall dauerte angeblich eine halbe Stunde. Während des Anfalles gab er auf Fragen Antwort. Nach dem Anfall erinnerte sich die Mutter eines Zeitungsjungens, der im Dorfe wegen seiner epileptischen Krämpfe bekannt war, denen die Kinder öfters belustigt zusahen. Der Patienl hat diese epileptischen Krämpfe schon jahrelang gesehen, zum letzten Male kurz vor Weihnachten. Auf diesen großen Anfall folgten bis zu seiner Einlieferung ins Krankenhaus am anderen Tage angeblich etwa 20 Anfälle derselben Art.

Status praesens.

Seinem Alter entsprechend ist der Junge von mittlerer Größe. Er ist etwas grazil gebaut. Der Ernährungszustand ist leidlich. Die Hautfarbe blaß. Der Körper ist frei von Oedemen und Exanthemen. Der Patient hat haloníerte Augen. Keine Entartungszeichen. Die inneren Organe erscheinen normal. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Der Schädel ist nirgends klopfempfindlich. Die Quintuspunkte und Occipitales sind auf Druck nicht schmerzhaft. Die Lidspalten sind normal und gleichmäßig geöffnet. Die motorische Kraft

der Lidmuskeln ist gleich groß. Die Pupillen sind gleich groß, auffallend weit und reagieren gut auf Lichteinfall und Convergenz. Die Augenbewegungen sind frei. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeengt. Der Augenhintergrund ist normal. Auch die übrigen Hirnnerven zeigen normales Verhalten. Der Facialis läßt keine Störungen erkennen. Das Chvostek'sche Phaenomen ist nicht vorhanden. Der Mund ist etwas zusammengekniffen. Der Schluckakt geht gut und prompt vor sich. Der Rachenreflex ist herabgesetzt. Gehör, Geruch und Geschmack zeigen normales Verhalten. Intelektuell ist der Junge gut entwickelt. Er folgt genau der Unterhaltung und beobachtet sehr neugierig die Umgebung und alles, was man mit ihm vornimmt. So lange er im Krankenhause war, schrieb er ein Tagebuch. Die Sprache ist intakt. Psychische Stimmungsschwankungen sind nicht beobachtet. Sein Benehmen war nie affektiert.

Eine Struma ist nicht vorhanden. Ovarie und Spinalirritation bestehen nicht. Harn- und Stuhlentleerung zeigen keine Störung. Die Sensibilitätsprüfung ergibt an den Extremitäten in den peripheren Enden eine Hypalgesie, am Rumpf war eine solche ebenfalls linkshälftig vorhanden. Die anderen Sinnesqualitäten, die Sensibilität der tieferen Teile, insbesondere der Lagesinn, waren in Ordnung.

Störungen der Motitität ließen sich keine nachweisen, insbesondere keine Hypotonie, Spasmen oder Ataxie. Die galvanische Erregbarkeit der Nerven- und Muskeln war nicht erhöht. Kein Trousseausches Phänomen. Normaler Gang. Kein Romberg. Der Fussohlenreflex ist vorhanden. Kein Babinski. Cremaster, Bauchdecken, Konjunktival- und Cornealreflexe sind

normal und auf beiden Seiten gleich stark. Die Sehnenreflexe, insbesondere die Patellarreflexe sind sehr lebhaft. Kein Klonus. Dermographie ist vorhanden. Die Hände schwitzen stark. Patient hat nie Fieber gehabt. Der Puls beträgt 76. Die Kardinalsymptome der Krankheit dieses 9jährigen Jungens waren die beiden Krampfarten. Wie in der Anamnese beschrieben, ging aus einem Respirationskrampf durch Schreck der typische große hysterische Anfall hervor, der in den bieden ersten Tagen fast ununterbrochen sich wiederholte, am 3. Tag der Krankenhausaufnahme nur noch 2 mal auftrat und dann nie mehr gesehen wurde. Nachdem dieser große Anfall, der sogleich beschrieben werden soll, genau 4 Wochen verschwunden war, bekam der Patient noch 2 mal vor seiner Entlassung jenen eigenartigen Respirationskrampf, der den Vorläufer des großen Anfalles bildete. Er bestand in einem Gefühl des Lufthungers, da die Atmung durch einen Krampf der Inspirationsmuskeln sistierte: „Es geht mir die Luft weg, nachdem ich tief einatmen mußte" sagte der Junge, bekommt dabei Angst, ist aber bei vollem Bewußtsein. Der Anfall ist nur von sehr kurzer Dauer. Während des Anfalles war der Puls nicht beschleunigt. Einnässen erfolgte nie. Der Patient liegt dabei ganz steif da, Zuckungen in den Gliedern waren nicht vorhanden. Dem großen hysterischen Anfall ging eine Aura voraus. Als solche bezeichnete der Junge ein Klopfen im Kopfe und Angstgefühl, das ihm den Atem wegnimmt. Als die Mutter ihn gefragt hatte, ob er bei oder vor den Anfällen an den epileptischen Zeitungsjungen denken müsse, verneinte er das auf das entschiedenste und lehnte von selbst jeden Zusammenhang mit diesem und

seiner Erkrankung ab. Der erste Anfall, der künstlich im Krankenhause ausgelöst wurde, zeigte sich bei und durch die Untersuchung des Patellarreflexes. Aus der Anamnese wurde ein Zusammenhang mit dem Epileptiker angenommen und man erhielt auch dann prompt einen Anfall, wenn man dem Patienten die Augen zuhielt und ihn durch Fragen an den Zeitungsjungen erinnerte. Nach der kurzen Aura begann der Patient mit Armen und Beinen wild zu schlagen, die Extremitäten zeigten jagende, drehende, sich verschlingende Bewegungen, ebenso wurde der Kopf hin- und hergeworfen. Während dieses Stadiums des Clownismus konnte man sehr oft den großen Kreisbogen oder „arc de cercle" beobachten: Der Patient lag in starkem Opisthotonus auf dem Rücken da, nur die Hacken und der Hinterkopf berührten den Boden. Darauf wiederholte sich öfters ein Emporwölben und Wiederzusammenbrechen des Körpers. Das letzte Stadium nach den Beschreibungen Charcots, das Einnehmen von theatralischen Haltungen und Stellungen, oder der „attitudes passionelles" fehlte. Die Dauer des Anfalles war verschieden, durchschnittlich währte er nicht ganz eine Minute. Während des Anfalles waren keine stimmlichen Aeußerungen zu hören, die Gesichtsfarbe war blaß. Es gelang, die Pupillenreaktion auf Lichteinfall nachzuweisen. Einnässen erfolgte nie. Nach dem Anfall war der Junge sofort wieder munter, man merkte ihm gar nichts davon an. Nie folgte ein terminaler Schlaf. Während eines Anfalles versuchte er der Mutter auf deren Wunsch einen Kuß zu geben. Bemerkt sei noch, daß die Anfälle auch spontan des Nachts eintraten, wo also unmöglich die Aufmerksamkeit der Umgebung auf ihn gerichtet sein

konnte. Als die Mutter des jungen Patienten ihn zum ersten Male besuchte, sagte er: der Zeitungsjunge ist doch an allem schuld, das hat der Herr Doktor gesagt. Ein einziges Mal hatte man den Eindruck, als ob der Anfall willkürlich koupiert worden sei, im übrigen gelang es aber nicht, hysterogene oder hysterofrenatorische Punkte oder Zonen nachzuweisen. Vom 3. Tage ab seines $4^1/_2$wöchentlichen Aufenthaltes im Krankenhause hörten diese Anfälle auf. 14 Tage darnach zeigte er einen sehr stark empfindlichen Druckpunkt unterhalb der rechten Mammilla, der aber sofort verschwand, als man ihn mit Jodtinctur einpinselte und man dem Patienten sagte, daß dadurch der Druckschmerz sofort verschwinden müsse.

Differentialdiagnostische Erwägungen hier anzuschließen, wäre wohl müßig; ich erinnere nur daran, daß kein Herzfehler vorliegt, im Urin sich nie Albumen fand, die elektrische Erregbarkeit der Muskeln nie gesteigert und kein Trousseau'sches oder Chvostek'sches Phänomen vorhanden war. Es handelt sich ja nur darum, Kombinationen auszuschließen, denn das ganze Krankheitsbild ist ja für Hysterie zu charakteristisch, als daß überhaupt etwas anderes noch in Betracht kommen könnte.

Das am meisten Interesse erregende Moment scheint mir in den beiden Krampfarten und ihrer gegenseitigen Beziehung und Auslösungsursache in diesem Falle zu liegen. Ich glaube, es ist nicht ohne Bedeutung für die genetische Erklarung des großen hysterischen Krampfanfalles. Sucht man nämlich in der Literatur nach der Genese desselben, so findet man nur kurz, eigentlich nur Auslösungsursachen, von denen in der

Hauptsache immer wieder Schreck und Angst nicht ohne Grund auftauchen, angeführt, oder man verliert sich in das Reich der Metaphysik, indem man allerhand mehr oder weniger geistreiche Erklärungen über Störungen jenseits des Gehirns abgibt. Wie weit ein hysterischer Schematismus zu führen vermag, zeigt der Versuch Freud's, den hysterischen Anfall in Beziehung zu den Bewegungen beim Coitus zu setzen. — Beobachtet man unvoreingenommen einen solchen hysterischen Anfall, so kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß diese Bewegungen unmöglich mit solcher Vehemenz willkürlich erzeugt oder nachgeahmt werden können. Im Gegenteil, man hat ganz den Eindruck von willkürlichen reflexartigen Bewegungen, unter deren Herrschaft das Individuum steht. Der Krampfanfall ist doch ein ganz bestimmtes Symptom der Hysterie, es wäre also doch schwer zu erklären, warum die Hysterischen aller Zeiten und Länder ausgerechnet darauf kommen, in einem solchen Krampfanfall imponieren zu wollen. Koordinierte Bewegungen sind doch für sich allein noch kein Beweis einer unwillkürlichen Nachahmung. Es müßte ja dann jeder Betrunkene auch willkürliche Bewegungen ausführen. Der Hysterische hat eben während des Anfalles kein volles Bewußtsein, ohne daß der Grad der Bewußtseinsstörung nun auch so groß wie beim Epileptiker sein müßte. Dann arbeiten eben beim Hysteriker die infrakortikalen Zentren noch in verschiedenem Umfange mit. Sie stehen unter der Affektwirkung. Geht man sämtliche hysterische Krampfanfälle durch, so vermißt man als Auslösungsursache niemals die Angst oder ihren intensiveren Affekt, den Schreck. Außerdem findet man in ungleich häufiger Anzahl rudi-

mentäre Krampfformen. Es sind dies Affekt- und Respirationskrämpfe. Letztere kommen entweder für sich ganz allein vor, oder sie treten als Teilerscheinung der Affektkrämpfe auf. Wenn man sich daran erinnert, daß die Hysterie hauptsächlich in einer Alteration des Vorstellungslebens und des Ablaufs der Affekte besteht, so ist es nicht verwunderlich, daß gerade bei ihr häufig Atemstörungen vorkommen, da solche sowohl lediglich durch Vorstellungen, als auch durch Affekte, hauptsächlich durch Angst, hervorgerufen werden. So trifft man sehr häufig bei endogenen Nervösen, zu denen ja die Hysteriker in erster Linie gehören, die respiratorischen Konträrbewegungen der Stimmlippen, bei denen es zu einer Störung der reflektorischen koordinatorischen Beziehungen zwischen Lungen- und Brustkorbbewegungen einerseits und den Stimmlippenbewegungen andererseits kommt. Nicht wie in der Norm entsteht eine exspiratorische Verengerung der Stimmritze, sondern im Gegenteil, die Stimmlippen nähern sich inspiratorisch einander und entfernen sich exspiratorisch von einander. Diese Erscheinung soll nach Fraenkel, Killian, Kronenberg und Heymann von gesunden Menschen bei geringer Uebung nachgeahmt werden können. Der Sitz dieser Störung befindet sich im Großhirn, indem sich bei bestehender psychopathischer Veranlagung infolge verschiedenartigster Veranlassungen krankhafte Vorstellungen über körperliche Zustände des Kehlkopfes einstellen, die die Aufmerksamkeit in erhöhtem Grade auf diesen richten. Sie erzeugen Impulse vom Großhirn aus zu den bulbären respiratorischen Zentren, wodurch die Störung im Automatismus der respiratorischen Koordination entsteht. Es sind also, wie Killian sagt,

abnorme psychische Vorgänge, d. h. unrichtige Vorstellungen, welche die Kranken in der vollen Herrschaft über ihren Willen hemmen. Ich habe diese respiratorischen Konträrbewegungen deshalb angeführt, weil sie deutlich den Mechanismus der hysterischen Störung zeigen. Weit seltener ist der Stimmritzenkrampf, ein Spasmus der Kehlkopfmuskeln, welche die Glottis verengern. Dieser Spasmus tritt in Anfällen auf. Mit ihm nahe verwandt ist das sogenannte Wegbleiben des Kindes, das hauptsächlich im Alter von 2—4 Jahren vorkommt, aber auch noch viel später auftreten kann. Bratz rechnet das Wegbleiben zu seinen affektepileptischen Anfällen und Ibrahim nennt es direkt „respiratorischer Affektkrampf", da er durch heftige Erregungen ausgelöst wird. Die Kinder, welche diese Erscheinung zeigen, litten meist im Säuglingsalter an Laryngospasmus auf der Basis einer spasmophilen Diathese Zur Zeit dieses respiratorischen Affektkrampfes läßt sich aber die Grundbedingung dieses Leidens, die abnorme Nervenerregbarkeit, nicht mehr nachweisen, und so kommt Thiemich zu dem Schluß, daß es sich bei dem Wegbleiben um ein Autoimitation eines früheren Laryngospasmus bei hysterischen Kindern handelt. Ibrahim verlangt als charakteristisch für die Anfälle 2 Punkte, einmal die ganz ausschließliche Abhängigkeit von Gemütserregungen, zum anderen das Stillstehen der Atmung. Der Bewußtseinsverlust kommt erst in zweiter Linie in Betracht, da er bei leichten Anfällen, die mit den schweren alternieren, fehlen kann. Die Anfälle verlaufen eben, wie alle Krampfanfälle überhaupt, nicht immer nach dem gleichen Schema, sie zeigen nur einen gemeinsamen Typus. Neumann legt besonders Gewicht

auf den Stillstand der Atmung nach erfolgter müheloser Inspiration. Er bezeichnet daher den Zustand als „inspiratorische Apnoe“. Er teilt auch eine Beobachtung solcher im 7. Lebensjahre mit. Sehr charakteristisch für die hysterische Natur dieses Anfalles ist auch seine Abhängigkeit vom Milieu. Je ängstlicher und unruhiger die Umgebung, um so leichter stellt sich das Wegbleiben ein. Sieht aber das Kind ein, daß es trotz seines Anfalles nicht seinen Willen, sondern eine Strafe bekommt, so hören die Anfälle rasch auf. Für diese gehäuften Anfälle nimmt Ibrahim an, daß sich ein Pawlow'scher pathologischer Bedingungsreflex ausgebildet hat. Die Entwicklung von Bedingungsreflexen scheint mir überhaupt bei der Hysterie eine große Rolle zu spielen. Unter einem Reflex versteht man ja das Zustandekommen einer vom Nervensystem abhängigen motorischen oder sekretorischen Funktion, die nicht durch direkte Reizung des zugehörigen Nerven, sondern indirekt in der Weise ausgelöst wird, daß der Reiz auf einer zentripetalen Bahn dem Zentralnervensystem und von da zentrifugal auf die betreffende Nervenbahn übertragen wird. Es sind nun eine große Zahl von Reflexen bekannt, die in gesetzmäßiger Weise funktionieren, so daß regelmäßig ein bestimmter Reiz eine bestimmte Wirkung auslöst. Pawlow nennt diese „unbedingte Reflexe“. Viele Reflexe können nun durch psychische Vorgänge beeinflußt, beziehungsweise hervorgerufen werden. Diese scheinbar sehr komplizierten Vorgänge nennt Pawlow: „Bedingungsreflexe“. Der Anblick der Speise, deren Geruch sind ein Bedingungsreiz für die Sekretion der Speicheldrüsen. Wenn man nun gleichzeitig mit der Fütterung eine Zeitlang regel

mäßig einen bestimmten Ton erklingen läßt, so bewirkt das Erklingen des Tons reflektorisch eine Speichelsekretion auch ohne Fütterung. Durch das Zusammenwirken des unbedingten Erregers einer Reflexfunktion mit einem beliebigen Erreger einer anderen Reizfläche, wird der letztere zum bedingten Erreger, d. h. er wird geeignet, bei seiner Einwirkung einen „bedingten Reflex" hervorzurufen. Was für eine große Rolle diese Bedingungsreflexe im Kindesalter spielen, hat hauptsächlich A. Czerny hervorgehoben. Aber auch im höheren Lebensalter sind sie nicht weniger vorhanden, wenn man nur darauf achtet. Aus dem Mechanismus des Bedingungsreflexes erhellt aber, wie leicht und prompt eine körperliche Reaktion auf eine immer wieder auftauchende Suggestion mit der Zeit erfolgen kann. Hauptsächlich sind es wieder die mit besonders starkem Affekt verknüpften Suggestionen, und je größer die endogene Nervosität, je weniger Hemmungen stellen sich der Bahnung des Reflexes entgegen. So kommen nach Briquet und Binswanger für die Auslösung eines Krampfanfalles Affekterregungen in erster Linie in Frage. Verständlicher wird es nun auch, warum, wie auch O. Meyer betont, die Krampfanfälle so oft in ihrem Auftreten vom Orte des ersten Anfalles abhängen und warum häufig schon in früherem Alter Krämpfe bestanden. In unserem Falle waren dem Respirationskrampf keine Krämpfe vorausgegangen, aber bezeichnend ist es, daß die Mutter des Patienten an suggestiv beeinflußbaren Anfällen litt, daß ein Kind an Krämpfen gestorben ist, und daß eine Schwester typische respiratorische Affektkrämpfe hatte. Es tritt also mit der neuropathischen Belastung der Familie eine große

Prädisposition zu Krampfanfällen auf. Zu den, wie hervorgehoben, in den verschiedenartigsten Formen auftretenden Respirationskrämpfen möchte ich noch ergänzend die Tachypnoe und das hysterische Asthma erwähnen. Bei der hysterischen Tachypnoe kann die Frequenz der Atmung bis zu 180 Atemzügen in der Minute gesteigert sein. Puls und Temperatur können normal bleiben. Das Symptom ist vorübergehend keineswegs selten. Das hysterische Asthma kann nach Barth auf Krampf oder Lähmung des Zwerchfells oder auf klonischem Bauchmuskelkrampf beruhen. Dabei ist die Atemfrequenz stark vermindert Nach Voß handelt es sich dabei nur um ein anfallsweises Auftreten der bei Hysterischen mitunter dauernd vorhandenen Dyspnoe. Es besteht keine Absonderung von Schleim und kein Emphysem. Uebrigens ist bei dem so häufigen Wein- und Lachkrampf bei Hysterischen die Respirationsmuskulatur auch in hervorragendem Maße beteiligt. Es fragt sich nun, ob es bei den durch Affekte hervorgerufenen Respirationskrämpfen lediglich bei der Atmungsstörung bleibt oder ob diese sekundär noch auf andere Körpersysteme einwirkt. Unmöglich ganz gleichgültig für das Kreislaufsystem, insbesondere in der Wirkung auf das Herz, können die durch die Respirationskrämpfe erzeugten endothorakalen Druckschwankungen sein. Unter den bisher vorliegenden, verhältnismäßig wenigen Untersuchungen über respiratorische Blutdruckschwankungen stehen sich noch die widerstreitendsten Ansichten gegenüber. Kronecker und Heinricius haben besonderes Gewicht auf die durch die Atmung erfolgende Kompression des Herzens gelegt. Jede Behinderung der Herzdiastole erniedrigt den Blutdruck: sobald also

die Inspiration die Lunge so sehr aufgebläht hat, daß das Herz bedrängt wird, so werden die Diastolen beeinträchtigt und hierdurch sinkt die Spannung im Aortensysteme. Sobald die Luft aus den Lungen entweichen kann und dieselben sich zusammenziehen, wird das Herz mehr gefüllt und der arterielle Druck steigt. Zu diesen experimentell gewonnenen Blutdruckkurven ist nun eine direkte Beobachtung R. Kienböck's an einem Patienten während eines Anfalles von Pseudoangina pectoris hysterica äußerst interessant und wichtig. Er konnte diesen Anfall suggestiv auslösen und beobachtete ihn dann vor dem Röntgenschirm. Die Kranke blähte durch tiefes Einatmen den Thorax auf. Die Stimmritze wurde geschlossen. Die Exspirationsmuskeln und die Bauchpresse wurden vergeblich angestrengt, um den Widerstand zu überwinden. Die dadurch erzeugte endothorakale Drucksteigerung komprimierte das Herz und die Venen des Brustraums. Das Herz verkleinerte sich. Der Blutzufluß nach dem Thorax wurde gehemmt. Einer jeden diastolischen Dilatation des Herzens, die auf die Systole zu folgen hatte, wirkte der Druck entgegen:

„So entbehrte das Herz seines Blutzuflusses und entleerte sich völlig durch einige systolische Kontraktionen auf ein kleines Volumen schrumpfend. Durch solche schwere Störungen der Zirkulation drängt sich einem die Vermutung auf, daß so manche Bewußtseinsstörungen und schwere Zufälle bei der Hysterie auf ähnliche Weise zustandekommen". Aber auch in anderer Weise sind Kreislauf und Atmung voneinander abhängig. Die respiratorischen Blutdruckschwankungen werden auch durch nervöse Einflüsse erzeugt. Mit der rhytmischen Erregung des Atemzentrums geht eine Er-

regungsschwankung des vasomotorischen Zentrums parallel einher, wodurch sich, jeder Anregung entsprechend, die Arterien kontrahieren und so den arteriellen Druck steigern: „Traube-Hering'sche Druckschwankungen". Man beobachtet nämlich an der Blutdruckkurve ein Ansteigen noch bevor die Exspiration selbst begonnen hat, d. h. gegen die letzte Zeit der Inspiration hin. Das ist die Folge der Arterienkontraktion, die bereits etwas vorher von dem vasomotorischen Zentrum angeregt ist. Es kommen aber auch wieder andere noch nervös bedingte Schwankungen der Blutdruckkurve vor. So können z. B. durch Uebertragung der Impulse vom Atemzentrum auf das Vaguszentrum Veränderungen der Pulsfrequenz, und dadurch Aenderungen des Blutdruckes verursacht werden. Endlich können, nicht ohne Bedeutung, Reflexe durch die Atembewegungen von den Lungen her Blutdruckschwankungen hervorrufen: „pulmonale Reflexwellen" nach Morawitz. Man sieht, daß das vasomotorische Zentrum immer in letzter Linie doch noch ausschlaggebend ist, und zwar tritt es kompensatorisch für die Atemstörungen ein. Man beobachtet diese Ausgleichsvorrichtung auch bei einem plötzlichen Sauerstoffmangel. Bei einem normal erregbaren Gehirn führt der Sauerstoffmangel sofort zu den heftigsten und tiefsten Atemzügen. Dabei wird das vasomotorische Zentrum stark gereizt. Die Splanchnicusgefäße ziehen sich zusammen. Die Hautgefäße sind erweitert. Der arterielle Druck steigt, und Vagusreizung verlangsamt die Schlagfolge des Herzens. Durch diese Kreislaufsveränderung wird bewirkt, daß dem Gehirn noch so viel als möglich Blut und damit Sauerstoff zugeführt wird. Kommt nach einiger Zeit die Gegenreaktion, so treten

Krämpfe ein. Es kommen also bei Respirationsstörungen die mannigfaltigsten Einflüsse und Faktoren in Betracht, und so schreibt Krehl in seiner pathologischen Physiologie: „Was die isolierte Lähmung (oder in diesem Falle Krämpfe) der Thoraxinspiratoren am Menschen macht, kann man nach den vorliegenden Beobachtungen noch nicht sicher sagen.“ Aber nicht nur indirekt über den Weg von Atmungsstörungen, sondern noch weit mehr direkt wird das Vasomotorenzentrum beeinflußt von Affekten. Ueber den Einfluß der psychischen Vorgänge auf den Körper, insbesondere auf die Blutverteilung, haben besonders Berger und E. Weber aufklärende Untersuchungen angestellt. Nach Weber findet bei Unlustgefühlen eine Verschiebung des Blutes von den äußeren Körperteilen nach den Bauchorganen statt, während umgekehrt bei Lustgefühlen ein Strömen des Blutes von den Bauchorganen nach der Peripherie erfolgt. Bei Lustgefühlen nehme das Hirnvolumen zu, bei Unlustgefühlen ab durch Kontraktion der Rindengefäße. Daß Anämie der Hirnrinde zu Krämpfen führen kann, ist eine feststehende Tatsache, denn die Blutleere ist eine schwere Ernährungsstörung für die fein empfindenden Ganglienzellen. In dieser Beziehung interessant sind die Beobachtungen von Rodiet, Pausier und Cans. Sie beobachteten vor dem epileptischen Anfall eine Ischämie des Augenhintergrundes, auf die dann eine bis zu mehreren Stunden anhaltende Hyperämie folgt. Betrachtet man die Wirkung der Angst auf einen Menschen, so folgen sich ungefähr nachstehende körperliche Symptome der Reihe nach: Herzklopfen, Beschleunigung der Respiration, verringerte Innervation aller willkürlichen Muskeln, die sich in einer Schwäche

der Beine und in Zähneklappern zeigt. Auch die Schließmuskeln können erschlaffen. Urin und Fäces gehen ab. Schlund und Speiseröhre ziehen sich zusammen. Schwindel tritt auf und schließlich kann Bewußtseinsverlust in verschiedenstem Grade auftreten. Dabei ist die Haut blaß und mit kaltem Schweiß bedeckt. Die Die Angst stört also den regelmäßigen Rhytmus der Respiration und der Herztätigkeit und erzeugt eine intensive Kontraktion der peripheren Arterien. Nun ist es aber sicher, daß selbst die stärkste Angst und der größte Schreck bei einem ganz gesunden Menschen mit vollwertigem Nervensystem keinen dauernden Schaden hinterläßt. Anders ist es aber bei endogenen Nervösen, sei die Nervosität angeboren oder erworben. Beim Neurastheniker z. B. können alle diese einzelnen Symptome auftreten, ohne daß eine Spur von psychischer Angst zum Bewußtsein kommt. So gibt es Atemstörungen, ohne daß das Gefühl der Angst dabei auftritt, das „Asthma psychicum" von Leyden. Von ganz besonderem Einfluß wird aber Angst und Schreck bei Patienten mit vasomotorischer Diathese, d. h. Leute mit Klagen über Kopfschmerzen, mit Pulsus irregularis respiratorius, mit Neigung zu kalten Extremitäten, mit Dermographie, blassem Aussehen und sichtbarem Klopfen der Carotiden. Diese Leute erröten und erblassen leicht. Sie haben ein labiles Gefäßsystem. Gerade diese Gefäßlabilität aber vermißt man selten bei Hysterischen. Auch unser junger Patient hatte dieselbe, und charakteristisch ist es, daß er früher viel an Ausschlägen litt, d. h. alle Zeichen der exsudativen Diathese hatte. Je stärker die Gefäßlabilität, je stärker der Reiz, d. h. der Affekt, um so stärker ist die Wirkung. Man kann hier

in der Tat alle Uebergänge beobachten, von den geringsten Schwindelerscheinungen bis zu Störungen des Bewußtseins leichteren oder schwereren Grades mit und ohne Krämpfe. Bei vasomotorischer Diathese ist eben das Gleichgewicht des Gefäßtonus gestört Die schweren Symptome entstehen durch rasch einsetzende Zirkulationsschwankungen. In unserem Falle wurden sie durch mehrere Faktoren hervorgerufen und intensiv gesteigert:

1. Angeborene Schwäche des vasomotorischen Systems, sog. Gefäßlabilität.

2. Einwirkung auf das vasomotorische Zentrum durch Respirationskrampf.

3 Shokwirkung infolge Schrecks während eines Respirationskrampfes.

Als Hysterie dokumentiert sich der Anfall infolge der Auslösung und Beeinflussung durch gesteigerte Affekterregbarkeit und suggestive Vorstellungen Ich möchte noch besonders betonen, daß ich weit davon entfernt bin, durch Induktion diese Ausführungen auf jeden hysterischen Krampfanfall allgemein zu übertragen, sondern, daß ich bemüht war, lediglich für diesen speziellen Fall die prädisponierenden Faktoren zu zergliedern. Der hysterische Krampfanfall ist eben nur ein körperliches Symptom der Hysterie und körperliche Symptome können bekanntlich durch ganz verschiedene Ursachen erzeugt werden. In jedem einzelnen Falle muß man eben die möglichen Ursachen erwägen, um kausale Therapie zu treiben. Die Entscheidung wird immer die durch Beobachtung gewonnene Erfahrung treffen, und nur dann ist es möglich, „kranke Menschen“ zu heilen und nicht nur „Krankheiten“.

Am Ende meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Goldscheider meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die gütige Ueberlassung des Falles und die vorzügliche medizinische Ausbildung, die ich als Medizinalpraktikant an seiner Klinik genießen darf. Außerdem sage ich an dieser Stelle Herrn Stabsarzt Dr. Brückner meinen innigsten und herzlichsten Dank für die Teilnahme an seiner klinischen Visite, bei der ich erst lernen durfte, was kritische Beobachtung und exakte Arbeit am Krankenbette heißt.

Literatur.

Über Hysterie im allgemeinen.

1. Babinski, Définition de l'hystérie. Soc. de neurol. de Paris 1901.
2. Binswanger O., Die Hysterie. Wien 1904.
3. Breuer und Freund, Ueber den psych. Mechanismus hyst. Phänomene; Neurol. Zentralblatt 1893 No. 1 u. 2.
4. Briquet. Traité de l'hystérie. Paris 1859.
5. Cathélineau et Gilles de la Tourette, Stoffwechsel bei H. Progrès médical 1892, 17.
6. Charcot.
7. Cullerre, Biernacki, Zur Aetiologie d. funktionellen Neurosen, Neurol. Centralbl. 1898.
8. Gilles de la Tourette, Traité clinique et thérap. de l'hyst. Paris 1895.
9. Janet, Aschaffenburg, Jung u. Jelgersma, Théories modernes sur la génèse de l'hystérie. I. Intern. Kongr f. Neurol. u. Psych. Amsterdam 1907.
10. Jolly, Hysterie in Ziemssens Handbuch. Leipzig 1875.
11. Lewandowsky M., Die Hysterie. Berlin 1914.
12. Möbius, Ueber den Begriff der Hysterie. Zentralblatt f. Nervenheilk 1888.
13. Oppenheim H., Lehre der Nervenkrankheiten. Berlin 1913.
14. Savill Thomas, The pathology of hysteria. Lancet 161, 1901.
15. Schnyder, Définition et nature de l'hystérie. Journ. de neurolog. 1897.
16. Skliar N., Zum Wesen der Hysterie. Zeitschrift f d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 9, 1912.
17. Sollier P, Théorie physiologique de l'hystérie. Journ. de neurolog. 1904, No. 1.
18. Vigouroux, Zur Aetiologie d. funktionellen Neurosen. Neurol. Centralbl. 1898 No. 8.

19. Vogt. O., Zur Psychogenese hysterischer Erscheinungen. Arch f. Psychiatrie 31

Sur la génèse et la nature de l'hystérie XIII. Congr. intern. de méd. Arch. de psychiatrie 1900.

Zur Kritik d. psychogenet. Erforschung d. H. Zeitschr. f. Hypnot. 8.

20. Ziehen, Ueber Hysterie. Deutsche Klinik. Bd. VI 1906.

Über Hysterie der Kinder.

1. Bézy et Bibent, Die H. im kindl. und jugendl. Alter. Uebers. Berlin 1902.

2. Bruns L., Die Hysterie im Kindesalter. II. Aufl Halle 06.

3. Combe, Die Nervosität der Kinder. Leipzig 03.

4. Eulenburg A., Hysterie des Kindes. Berlin 1905.

5. Ewald, Ueber hyst. Autosuggestion d. Kindes. Berl. Klin. Woch. 1903.

6 Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter. Hrsg. von L. Bruns, A. Cramer, Th. Ziehen.

7. Oppenheim, Die ersten Zeichen d. Nervosität d. Kindesalters. Berlin 04.

8. Sänger, Neurasthenie u. Hysterie bei Kindern Berlin 1902.

9. Strohmeyer, Psychopathol. des Kindes. Tübingen 1910.

Über Krämpfe, Anfälle und Respirationsstörungen.

1. Berger, Ueber die körperlichen Aeusserungen psychischer Zustände. Teil I u. II Jena 1904 u. 1907.

2. Bézy, L'hystérie avant l'âge de deux ans. Arch. med. de Toulouse 1903.

3. Bogen H, Experimentelle Untersuchungen über psych und assoziat. Magensaftsekretion b. Menschen. Jahrb. für Kdhlk. 65, 1907 und Pflügers Archiv 117, 150.

4 Bratz, Die affektepilept. Anfälle d. Neuropath. und Psychopath. Monatsschr. f. Psychol. u. Neurol. 1911

5. Czerny A., Das sensible Kind. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1911 No. 12, 8. Band

Ueber die Bedingungsreflexe des Kindesalters. Strassburger med. Zeitg. 1910, 9. Heft.

6. Escherich Th., Die Tetanie des Kindes. Wien 1909.

7. Feer, E., Lehrb. d. Kinderhlk. 2. A. 1912.

8. Hamburger, Ueber den vasomotor. Symptomenkomplex bei Kindern. Münch. med. Woch. 58, 1911.

9. Heilbronner, Hyster. petit-mal-Anfälle. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 31. 1906.

10. Heubner, O., Lehrb. d. Kinderhlk. 3. A. 1911.

11. Ibrahim, Ueber respirator. Affektkrämpfe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 5. 1911.

12. Kienbôek, Angina pectoris hyst. Wiener klin. Wochenschr. 1904.

13. Krasnogorski N., Ueber die Bedingungsreflexe im Kindesalter. Jahrb. f. Kdhlk. 69, 1909.

14. Krehl, L., Lehrb. d. patholog. Physiologie 1912.

15. Kronecker u. Heinricius, Abhandlungen der mathemat.-naturw. Klasse der Kgl. sächsischen Gesellschaft zu Leipzig, 14. 1888.

16. Landois, L., Lehrb. der Physiologie d. Menschen. 1913.

17. Meyer, O., Beiträge zur Kenntnis d. Hyst. im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderhlk. Bd. 62.

18. Monakow v., Gehirnpathologie. Wien 1905.

19. Morawitz, Archiv f. Anatomie u. Physiologie. 1903, 82.

20. Neumann, H., Ueber das Wegbleiben kleiner Kinder. Arch. f. Kindhlk. 42, 1905.

21. Pawlow, J. P., Vorlesungen über die neueren Erfolge d. Naturwissenschaft. Ber. d. Akadem. St. Petersburgs. 14, 1907.

22. Pollak, O., Ueber die respirator. Kontraktion d. Stimmlippen bei psychogenen Neurosen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, 45, 1911.

23. Potpeschnigg, K., Zur Kenntnis d. kindl. Krämpfe u. ihrer Folgen für d. spätere Alter. Arch. f. Kdhlk. 47, 1908.

24. Ridaut, d' hystérie avant l'âge de deux ans. Thèse de Paris 1903.

25. Riesmann, O., H. rapid breathing with the report of two cases in children. Philadelphia-Poliklinik Vol. VI No. 7.

26. Rodret, Pansier, Cans, Der Augenhintergrund bei Epilepsie. Annales méd. psychol. 1908. Ref. in Neurol. Centralblatt 1910.

27. Rohde, M., Zur Genese von Anfällen u. deren nahestehenden Zuständen bei sog. Nervösen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 10, 1912.

28. Steiner, Beiträge zur Kenntnis der hyst. Affektionen d. Kindes. Jahrb. f. Kdhlk. Bd. 44, 1897.

29. Thiemich, Ueber Hysterie im Kindesalter. Archiv für Kinderheilkde. Bd. 58.

30. Thiemich, Ueber Krämpfe im Kindesalter. Handb. d. Kinderheilkde II. Bd. 55.

Thiemich, Ueber Krämpfe im Kindesalter. Münch. med. Woch. 1899.

31. Thiemich, M. u. J. Zappert, Die Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter, 1910.

32. Weber, E., Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper, insbes. auf die Blutverteilung. Berlin 1910.

33. Ziehen, Physiologie der infrakosrikalen Ganglien. Archiv für Psychol. 1889.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, ich, Karl Theodor Pau Dessecker, wurde am 2. Januar 1888 zu Heilbronn a. N geboren als Sohn des Direktors der Baugesellschaft Heilbronn, Karl Dessecker und seiner Ehefrau Emma Dessecker. Ich bin evangelisch getauft. Mit dem 6. Lebensjahre trat ich in die Elementarschule des Kgl. Gymnasiums Heilbronn ein. Nach Ablegung der Reifeprüfung in Heilbronn im Juli 1906 diente ich als Einjährig-Freiwilliger beim 4. Württ. Feldartillerie-Regiment Nr. 65 in Ludwigsburg vom Oktober 1906 bis 30. September 1907. Im Wintersemester 1907/08 studierte ich in Straßburg an der Kaiser Wilhelms-Universität Chemie. Im Frühjahr 1908 war ich als Unteroffizier zur Uebung A bei meinem Regiment eingezogen. Im Sommersemester 1908 trat ich an der Universität Straßburg in die medizinische Fakultät über. Von Oktober 1908 bis August 1910 studierte ich in Berlin. Im Sommer 1909 leistete ich die Uebung B als Vizewachtmeister ab und wurde mit der Qualifikation zum Reserveoffizier entlassen. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Juli 1910 in Berlin. Dann studierte ich 2 Semester in Leipzig und 3 Semester in Berlin, woselbst ich 1913 das medizinische Staatsexamen mit „sehr gut" bestand. Zur Zeit bin ich Medizinalpraktikant an der Kgl. Universitätsklinik für „Innere Medizin", Berlin, bei Herrn Geheimrat Prof. Dr. Goldscheider.

Ich besuchte die Vorlesungen und Kurse folgender Herren: In Straßburg:

Baeumker, Braun, Goette, Holzapfel, Jost, Knapp, Schwalbe, Thiele, Weidenreich.

In Leipzig: Boehm, Heineke, Hoffmann, Läwen, Lichtenstein, Marchand, Rille, Rolly, Stadler, Steinert, v. Strümpell, Trendelenburg, Zweifel.

In Berlin: Bier, Blumreich, du Bois-Reymond, Bumm, Flügge, Franz, Freund, Goldscheider, Greeff, Heffter, Hertwig, Heubner, Joseph, Killian, Kopsch, Kraus, Oestreich, Orth, Passow, Poll, Rubner, Schmieden, Schulze, Steudel, Straßmann, Thierfelder, Waldeyer, Ziehen.